|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Procès-verbal de remise d'urgence d'un médicament***  ***selon l'OCStup, art. 52 (à remplir en caractère d'imprimerie***  ***et à nous retourner par courrier ou par fax)*** | | |
| 1. | Nom de la personne qui fait la demande : |  |
| Son prénom : |  |
| Son année de naissance : |  |
| Son adresse (rue, numéro de la maison, ville) : |  |
| Par quel moyen l’identité annoncée a pu être vérifiée ?  (si la vérification de l’identité n’est pas possible, la remise de médicament n’est pas admise) |  |
| 2. | Nom du médecin de référence autorisé à pratiquer : |  |
| Son prénom : |  |
| Son adresse (Rue, numéro de la maison, ville) : |  |
| Par quel moyen l’autorisation du médecin annoncé a pu être vérifiée ?  (si la vérification de l’autorisation n’est pas possible, la remise de médicament n’est pas admise) |  |
| 3. | Désignation du médicament demandé : |  |
| Forme pharmaceutique et dosage : |  |
| Posologie quotidienne : |  |
| Quantité exacte remise :  (sauf bonne raison contraire, le plus petit emballage) |  |
| 4. | Raison de la remise : |  |

Date et heure de la remise:

Timbre de la Pharmacie:

Signature de la personne : Signature du pharmacien :

……………………………….. …………………………………

SCSP/JMB/NM\_23.10.2013